

EXHIBIT 106

**PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE ANTIDOPAGE / DOPING CONTROL FORM
CONFIDENTIEL ! / CONFIDENTIAL !**

Nom et prénom du Sportif / Name of person to be tested : LANDIS FLOYD		Nationalité de la Fédération dont relève le sportif / The Federation's nationality of the person to be tested : USA	
Adresse / Postal address : 23356 BISHOP ROAD CA 92562 MURRIETA (USA)		Organisme demandant le contrôle / Organization requesting the test : <input type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse et des Sports <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale	
N° de licence : 0020272		Type de contrôle / Type of test : 27 JUL. 2006	
Nationalité / Nationality : USA	Date de naissance : Birth Date : 14 10 1975	Sexe / Sex : M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Inopiné : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
Fédération - Discipline / Sport : UCI PPC CYCLISME		Type de compétition / Type of competition : Internationale <input checked="" type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Régionale <input type="checkbox"/>	
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place : TOUR DE FRANCE 9ème ETAPE		Hors compétition En club <input type="checkbox"/> Stage hors club <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/>	

Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement

Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test

Date / Date : 11/07/2006	Heure de remise de la notification : 17h 30	Lieu du contrôle / Place of test : DAX (VILLE MOBILE)
Je confirme avoir reçu et pris connaissance de cette convocation. Je sais que je serai en infraction et que je serai passible de sanctions si je ne me présente pas au contrôle, muni(e) d'une licence de compétition avec photo en cours de validité. Je prends acte que je peux me faire accompagner lors du contrôle par une personne de mon choix. I hereby acknowledge that I have received and examined this summons. I am aware that I will be violating the charter of the organization if I do not attend the test, for which I may be sanctioned. Bring a valid identification or a valid competition card with a photo. I'm informed that I may be accompanied by one person of my choice during testing.		Nom et signature du sportif à contrôler : LANDIS Print name and signature of person to be tested
		Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federal Delegate : MERAVIGLIA GIOVANNI
		Nom et prénom du médecin / Name of doctor (en toutes lettres) BORRA BERRY GERARD
		Signature du Médecin : Signature of Doctor

Réalisation du contrôle / Test completion

Heure d'arrivée / Time of arrival : 17h 15	Date du prélèvement / Sampling date : 11/07/2006	Heure du prélèvement / Sampling time : 17h 30	Identification / Identification : Licence / Licence : <input checked="" type="checkbox"/> Carte d'identité / ID : <input type="checkbox"/> Passport / Passport : <input type="checkbox"/> Autre / Other : <input type="checkbox"/>	
Échantillons A et B / Samples A and B Code Flacon (et container) n° / bottle Code 994203		Quantité totale d'urine, sang, ml Total amount of urine, blood, ml 100 ml	Densité / Specific Gravity 1,030	pH / pH 6

Echantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample

Scellés intermédiaires (à utiliser en cas d'échantillon insuffisant, au moins de 75 ml d'urine). Intermediate seal numbers (for use in the case of an insufficient sample, less than 75 ml of urine).	Premier n° / First n°	Deuxième n° / Second n°	Troisième n° / Third n°
--	-----------------------	-------------------------	-------------------------

Constat de non-venue au contrôle / The athlete failed to come for control

Signature du Médecin / Signature of Doctor :	Refus Refusal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Empêchement Obstacle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	--

Médicaments / Drugs OUI NON

Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used : (éventuellement nom du médecin prescripteur) 550c Dac et han a look 6.8 weeks 550c Methylprednisolone look 6.8 weeks	Commentaires sur la procédure / Comments on procedure : Bandelettes urinaires (sans protéines)
---	--

Confirmation / Confirmation

Je déclare sur l'honneur que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont exacts et que j'approuve la procédure de contrôle. / I declare of honour that the information I have given above is true and I approve the testing procedure.		Signature du Délégué Fédéral Signature of Federal Delegate Meraviglia Giovanni
Signature du sportif contrôlé Signature of person tested	Signature du Médecin : Signature of Doctor	Signature de l'accompagnateur (éventuel) : Signature of accompanying person (if any)



CONTRÔLE ANTIDOPAGE

Attestation du déroulement du contrôle

- Contrôle urinaire / Urine test
1. En compétition / In competition
Hors-compétition / Out-of-competition
3. Date: 13/07/2006
5. Course (nom, étape): TOUR DE FRANCE 101^{ème} ETAPE
Race (name, stage):
7. Nom du coureur: LANDIS
Surname of rider:
- Adresse du coureur: 23356 BISHOP ROAD CA 92562 MURRIETA (USA)
Address of the rider:
8. Code UCI: USA 19754014
UCI Code:
10. Numéro de licence: 0020272
License number:
11. Tiré au sort / Random: Oui / Yes Non / No
12. Heure de présentation: 18h00
Presentation time:
Volume 100 ml pH* 5
*Optionnel / Optional
14. Code des flacons: 994277 A+B
Bottle codes:
16. Médicaments pris:
Pharmaceutical drugs taken by rider:

ANTIDOPING CONTROL

Test certificate

- Contrôle sanguin / Blood test
2. Sexe: Masculin / Male
Sex: Féminin / Female
4. Lieu / Place: PLA-DE-BERET
6. Discipline: ROUTE GRAN TOUR
Discipline:
Prénom: FLOYD
First name:
9. Fédération nationale ayant délivré la licence:
National federation which delivered the license:
USA
13. Heure de prélèvement: 18h20
Time of sampling:
Densité / Specific gravity* 1.030
15. Heure de refus du coureur:
Time of rider's refusal:

Contenu du livret de santé: Contents of the health booklet:	<u>55.06 Dexamethasone local 6-8 week</u>	AVT
	<u>05.05.06 Methyld prednisolone local 6-8 week</u>	
	<u>8-7-06 Dexamethasone 2 weeks</u>	
	<u>817/06 Methylprednisolone 2 weeks</u>	

17. Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)
Therapeutic use exemption (TUE)
18. Sauf les remarques ci-après, je confirme la régularité des opérations de prélèvement.
Subject to the comments below, I confirm that the sample was taken in accordance with the regulations.

Traus Proteins sur bandelette urinaire

Signature du coureur qui accuse également réception de sa copie:
Rider's signature who also acknowledges receipt of his copy:

19. Accompagnateur: JEMIR (nom/name) [Signature] (signature)
20. Médecin contrôleur: BORDABERRY GERARD (nom/name) [Signature] (signature)
- Agent de prélèvement sanguin: _____ (nom/name) _____ (signature)
21. Inspecteur antidopage: MERAVIGLIA GIOVANNI (nom/name) [Signature] (signature)

**PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE ANTIDOPAGE / DOPING CONTROL FORM
CONFIDENTIEL I / CONFIDENTIAL I**

Nom et prénom du Sportif / Name of person to be tested : LANDIS, FLOYD		Nationalité de la Fédération dont relève le sportif / The Federation's nationality of the person to be tested : U.S.A.	
Adresse / Postal adress : 23356 BISHOP ROAD CA-92562 HURRIETA U.S.A		Organisme demandant le contrôle / Organization requesting the test : <input type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse et des Sports <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale	
N° de licence : 0020272 / USA 19751014		Type de contrôle / Type of test : Inopiné : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Nationalité / Nationality : USA	Date de naissance : 1975/10/14	Sexe / Sex : M	Compétition Internationale <input checked="" type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Régionale <input type="checkbox"/>
Fédération - Discipline / Sport : U.C.I. FF CYCLISME		Hors compétition En club <input type="checkbox"/> Stage hors club <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/>	
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place : ETÉ TOUR DE FRANCE 15 ET			

Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement

Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test

Date / Date : 18-07-2006	Heure de remise de la notification : 16:10 h.	Lieu du contrôle / Place of test : CALPE 2 HUEZ WHITE MOBILE
Je confirme avoir reçu et pris connaissance de cette convocation. Je sais que je serai en infraction et que je serai passible de sanctions si je ne me présente pas au contrôle, muni(e) d'une licence de compétition avec photo en cours de validité. Je prends acte que je peux me faire accompagner lors du contrôle par une personne de mon choix. I hereby acknowledge that I have received and examined this summons. I am aware that I will be violating the charter of the organization if I do not attend the test, for which I may be sanctioned. Bring a valid identification or a valid competition card with a photo. I'm informed that I may be accompanied by one person of my choice during testing.		Nom et signature du sportif à contrôler : Print name and signature of person to be tested LANDIS, FLOYD
		Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federé / Delegate : VAN GESTEL, JAN
		Nom et prénom du médecin / Name of doctor : (en toutes lettres) TOLLENAERE, BRUNO
		Signature du Médecin : Signature of Doctor : [Signature]

Réalisation du contrôle / Test completion

Heure d'arrivée / Time of arrival : 17:40 h.	Date du prélèvement / Sampling date : 18-07-2006	Heure du prélèvement / Sampling time : 17:50 h.	Identification / Identification : Licence / Licence : <input checked="" type="checkbox"/> Carte d'identité / ID : <input type="checkbox"/> Passport / Passport : <input type="checkbox"/> Autre / Other : <input checked="" type="checkbox"/>
Échantillons A et B / Samples A and B Code Flacon (et container) n° / bottle Code 994075		Quantité totale d'urine, sang, ml Total amount of urine, blood, ml 100 ml	Densité / Specific Gravity 1.020
pH / pH 6.0			

Échantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample

Scellés intermédiaires (à utiliser en cas d'échantillon insuffisant, si moins de 75 ml d'urine). Intermediary seal number(s) (for use in the case of an insufficient sample, less than 75 ml of urine).	Premier n° / First n°	Deuxième n° / Second n°	Troisième n° / Third n°

Constat de non-venue au contrôle / The athlete failed to come for control

Signature du Médecin / Signature of Doctor :	Refus Refusal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Empêchement Obstacle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	--

Médicaments / Drugs OUI NON **Commentaires sur la procédure / Comments on procedure**

Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used : (éventuellement nom du médecin prescripteur) 5/05/2006 Dexaméthasone 60cde Durac 6.8 semaines 5/05/2006 Althylc progestérone Roche Durac 6.8 semaines 3/7/2006 Dexaméthasone ultra corticostéroïde Durac 2 mois 2/3/2006 Methylc progestérone ultra corticostéroïde Durac 2 mois	Commentaires sur la procédure / Comments on procedure : (AUT)
---	---

Confirmation / Confirmation

Je déclare sur l'honneur que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont exacts et que j'approuve la procédure de contrôle. / I declare of honour that the information I have given above is true and I approve the testing procedure.		Signature du Délégué Fédéral Signature of Federal Delegate [Signature]
Signature du sportif contrôlé : Signature of person tested : [Signature]	Signature du Médecin : Signature of Doctor : [Signature]	Signature de l'accompagnateur (éventuel) : Signature of accompanying person (if any) : [Signature]

**PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE ANTIDOPAGE / DOPING CONTROL FORM
CONFIDENTIEL / CONFIDENTIAL**

Nom et prénom du Sportif / Name of person to be tested : LANDIS FLOYD		Nationalité de la Fédération dont relève le sportif / The Federation's nationality of the person to be tested : USA	
Adresse / Postal address : 23356 BISHOP ROAD CA 92562 MURRIETA (USA)		Organisme demandant le contrôle / Organisation requesting the test: <input type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse et des Sports <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale	
N° de licence : 0020272		Type de contrôle / Type of test : Inopiné : Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	
Nationalité / Nationality : USA	Date de naissance : Birth Date : 14.10.1975	Sexe / Sex : M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Compétition Internationale <input checked="" type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Régionale <input type="checkbox"/>
Fédération - Discipline / Sport : UCI - PCL - CYCLISME		Hors compétition En club <input type="checkbox"/> Stage hors club <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/>	
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place : TOUR DE FRANCE 19^{ème} ETAPE			

Conseil de prévention et de lutte contre le dopage
26 JUIL. 2006

Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement

Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test

Date / Date : **22/07/2006** Heure de remise de la notification : **17h30** Lieu du contrôle / Place of test : **MONTCAU LES MINES UNITE MORNE**

Je confirme avoir reçu et pris connaissance de cette convocation. Je sais que je serai en infraction et que je serai passible de sanctions si je ne me présente pas au contrôle, muni(e) d'une licence de compétition avec photo en cours de validité. Je prends acte que je peux me faire accompagner lors du contrôle par une personne de mon choix.

I hereby acknowledge that I have received and examined this summons. I am aware that I will be violating the charter of the organization if I do not attend the test, for which I may be sanctioned. Bring a valid identification or a valid competition card with a photo. I'm informed that I may be accompanied by one person of my choice during testing.

Nom et signature du sportif à contrôler : **LANDIS**
Print name and signature of person to be tested

Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federal Delegate :
MERAVIGLIA Giovanni

Nom et prénom du médecin / Name of doctor :
BORDABERRY GERAUD

Signature du Médecin :
[Signature]

Réalisation du contrôle / Test completion

Heure d'arrivée / Time of arrival : **17h00** Date du prélèvement / Sampling date : **22/07/2006** Heure du prélèvement / Sampling time : **18h05**

Identification / Identification :
Licence / Licence :
Carte d'identité / ID :
Passport / Passport :
Autre / Other :

Echantillons A et B / Samples A and B
Code Flacon (et container) n° / bottle Code : **994080**

Quantité totale d'urine, sang, ml
Total amount of urine, blood, ml : **100 ml**

Densité / Specific Gravity : **1.030** pH / pH : **6**

Échantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample

Scellés intermédiaires (à utiliser en cas d'échantillon insuffisant, si moins de 75 ml d'urine).
Intermediate seal number(s) (for use in the case of an insufficient sample, less than 75 ml of urine).

Premier n° / First n° : Deuxième n° / Second n° : Troisième n° / Third n° :

Constat de non-venue au contrôle / The athlete failed to come for control

Signature du Médecin / Signature of Doctor : _____

Rafus
Refusal Oui Non

Empêchement
Obstacle Oui Non

Médicaments / Drugs OUI NON **Commentaires sur la procédure / Comments on procedure**

Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used :
(éventuellement nom du médecin prescripteur)
**S.S.06 Jovanthiane Vithylperolone 600mg
S.M.06 Loxyl
S.F.06 Jovanthiane Infliximab 2-ml
S.T.06 Vithylperolone 600mg**

Commentaires sur la procédure / Comments on procedure :
Base de données urinaires. Traces positives

Confirmation / Confirmation

Je déclare sur l'honneur que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont exacts et que j'approuve la procédure de contrôle. / I declare of honour that the information I have given above is true and I approve the testing procedure.

Signature du Délégué Fédéral / Signature of Federal Delegate : **Meraviglia Giovanni**

Signature du sportif contrôlé : _____

Signature du Médecin : _____

Signature de l'accompagnateur (éventuel) : _____
Signature of accompanying person (if any) :

020022 1

PROCÈS-VERBAL DE CONTRÔLE ANTIDOPAGE / DOPING CONTROL FORM
CONFIDENTIEL / CONFIDENTIAL

Nom et prénom du Sportif / Name of person to be tested : LANDIS, FLOYD		Nationalité de la Fédération dont relève le sportif / The Federation's nationality of the person to be tested : USA	
Adresse / Postal address : 23356 BISHOP ROAD CA 92562 HURRIETA ETATS UNIS (USA)		Organisme demandant le contrôle / Organization requesting the test : <input type="checkbox"/> Ministère chargé des Sports <input type="checkbox"/> Direction régionale de la Jeunesse <input type="checkbox"/> Fédération nationale <input checked="" type="checkbox"/> Fédération internationale	
N° de licence : 002.02.72 / USA 1975 1014		Conseil de prévention et de lutte contre le dopage 26 JUL. 2006	
Nationalité / Nationality : USA Date de naissance / Birth Date : 1975/10/14 Sexe / Sex : M <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Type de contrôle / Type of test : Inopiné : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Fédération - Discipline / Sport : UCI - FF CYCLISTE		Compétition Internationale <input checked="" type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Régionale <input type="checkbox"/>	
Nom de l'épreuve - Ville - CP / Event and place : TOUR DE FRANCE RD. ETE		Hors compétition En club <input type="checkbox"/> Stage hors club <input type="checkbox"/> Cabinet médical <input type="checkbox"/> Suivi <input type="checkbox"/>	

Notification de contrôle et accusé de réception / Notification of testing and acknowledgement

Vous êtes convoqué(e) à un contrôle antidopage / You are hereby summoned to appear for doping test

Date / Date : 23-07-2006	Heure de remise de la notification : 17-30 h.	Lieu du contrôle / Place of test : PARIS, UNITÉ MOBILE
Je confirme avoir reçu et pris connaissance de cette convocation. Je sais que je serai en infraction et que je serai passible de sanctions si je ne me présente pas au contrôle, muni(e) d'une licence de compétition avec photo en cours de validité. Je prends acte que je peux me faire accompagner lors du contrôle par une personne de mon choix. I hereby acknowledge that I have received and examined this summons. I am aware that I will be violating the charter of the organization if I do not attend the test, for which I may be sanctioned. Bring a valid identification or a valid competition card with a photo. I'm informed that I may be accompanied by one person of my choice during testing.		Nom et signature du sportif à contrôler : Print name and signature of person to be tested LANDIS, FLOYD
		Nom et signature du Délégué Fédéral / Name and signature of Federal Delegate VAN GYSEL, JAR
		Nom et prénom du médecin / Name of doctor : (en toutes lettres) TOLLENAERE, BRUNO
		Signature du Médecin : Signature of Doctor :

Réalisation du contrôle / Test completion

Heure d'arrivée / Time of arrival : 10.45 h.	Date du prélèvement / Sampling date : 23-07-2006	Heure du prélèvement / Sampling time : 18.50 h.	Identification / Identification : Licence / Licence : <input checked="" type="checkbox"/> Carte d'identité / ID : <input type="checkbox"/> Passeport / Passport : <input type="checkbox"/> Autre / Other : <input checked="" type="checkbox"/>
Échantillons A et B / Samples A and B Code Flacon (et container) n° / bottle Code 994171		Quantité totale d'urine, sang, ml Total amount of urine, blood, ml 110 ML	Densité / Specific Gravity 1.020

Échantillon d'urine insuffisant / Insufficient urine sample

Scellés intermédiaires (à utiliser en cas d'échantillon insuffisant, si moins de 75 ml d'urine). Intermediate seal number(s) (for use in the case of an insufficient sample, less than 75 ml of urine).	Premier n° / First n°	Deuxième n° / Second n°	Troisième n° / Third n°
--	-----------------------	-------------------------	-------------------------

Constat de non-venue au contrôle / The athlete failed to come for control

Signature du Médecin / Signature of Doctor :	Refus Refusal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Empêchement Obstacle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---	--

Médicaments / Drugs OUI NON (AUT)

Commentaires sur la procédure / Comments on procedure

Médicaments déclarés avoir été pris récemment / Drugs declared to have been recently used : (éventuellement nom du médecin prescripteur) D 5/05/2006 DEXAMETHASONE local Durée 6 Jrs D 5/05/2006 Methylprednisolone local Durée 6 Jrs D 8/07/2006 DEXAMETHASONE local Durée 2 Jrs D 2/07/2006 Methylprednisolone local Durée 2 Jrs D 7/2006 Dexamethasone local	Commentaires sur la procédure / Comments on procedure :
--	---

Confirmation / Confirmation

Je déclare sur l'honneur que les renseignements que j'ai donnés ci-dessus sont exacts et que j'approuve la procédure de contrôle. / I declare of honour that the information I have given above is true and I approve the testing procedure.		Signature du Délégué Fédéral Signature of Federal Delegate
Signature du sportif contrôlé : Signature of person tested : 	Signature du Médecin : Signature of Doctor : 	Signature de l'accompagnateur (éventuel) : Signature of accompanying person (if any) :